

## ASISTENȚA PERIOPERATORIE LA BOLNAVII ONCOLOGICI CU TUMORI ALE REGIUNII CAPULUI ȘI GÂTULUI ȘI ASOCIERE CU PATOLOGIE A SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

**Nicolae Piterschi**, șeful secției Anesteziologie, **Anatolie Soltan**, medic anesteziolog, **Viorel Cotelnic**, medic anesteziolog, **Alexandru Piterschi**, medic rezident, Institutul Oncologic din Moldova

Sistemul cardiovascular la pacienții supuși anesteziei generale cu aplicarea analgezicelor opioide miorelaxanțelor, anesteziilor suferă multiple perturbări din cauza deprimării contractibilității miocardice. Complicațiile anesteziei sau ale operației, cum ar fi accidente respiratorii, intraoperatorii grave, hemoragie etc., necesită solicitări suplimentare asupra sistemului cardiovascular.

Din indicii Secției tumori ale capului și gâtului a Institutului Oncologic, frecvența și severitatea complicațiilor cardiovasculare sunt înregistrate mai des la pacienții cu ischemia miocardică agravată de tulburări de ritm și de conducere, insuficiență miocardică.

**Materiale și metode.** Experiența acumulată de noi în Secția tumori ale capului și gâtului a Institutului Oncologic, unde au fost supuși tratamentului chirurgical 721 de pacienți, ne permite să evidențiem unele particularități importante în asigurarea perioperatorie la bolnavii cu suferințe cardiovasculare pronunțate. Structura coexistenței patologiei cardiace este reprezentată în *tabelul 1*.

*Tabelul 1*

### Structura coexistenței patologiei cardiace

Afecțiunea cardiacă (total 721)	<i>n</i>	%
Cardiopatie schemică	267	37,0%
Hipertensiune arterială	162	22,4 %
Tulburări de ritm	105	14,4%
Tulburări de conducere	87	12,2%
Valvulopatii	49	6,8%
Poliangiopatie diabetică	17	2,4%
Hipertensiune în artera pulmonară	15	2,1%
Insuficiență coronariană cronică	12	1,7%
Cardiomiopatie după infarct miocardic	7	1%

Bolnavii supuși actului chirurgical anestezic au prezentat patologia cardiacă concomitentă, având 2 sau mai multe afecțiuni cardiace. Din 721 de pacienți, vârsta 42 – 81 de ani, 207 de femei, 514 bărbați cu diagnosticul de cancer morfologic verificat stadiile II – IV, 31,7 % au primit tratament combinat de radioterapie și polichimioterapie până la operație. Structura formelor nozologice în funcție de localizarea și răspândirea procesului tumoral a fost următoarea:

*Tabelul 2*

### Structura formelor nozologice în funcție de localizarea și răspândirea procesului tumoral

Localizarea procesului tumoral (total 721)	<i>n</i>	%
Cancerul glandei tiroide	173	24,0
Tumori ale glandelor salivare	78	10,8
Cancer al mucoasei cavității bucale	95	13,3
Cancer al laringelui	167	23,2
Cancer al buzei inferioare	84	11,6
Tumori maligne ale pielii	86	11,9
Tumori ale sinusurilor paranazale	38	5,3

La toți pacienții s-au efectuat intervenții chirurgicale radicale, durata anesteziei fiind de 120 – 150 min.

Pentru aprecierea riscului apariției complicațiilor cardiovasculare, am elaborat metoda de pronostic al gradului de risc al anesteziei la pacienții oncologici. Ea cuprinde totalitatea elementelor constituționale, anatomice și funcționale, care determină statutul sistemului cardiovascular. Ținând cont de aceasta, pacienții au fost împărțiți în 3 grupe, fiecărui revenindu-i 1 %, determinat în riscul apariției complicațiilor:

*Tabelul 3*

**Gradul de risc al anesteziei la pacienții oncologici**

Grupa I	Hiperfuncția inițială a miocardului-faza de compensare	197	27,58 %
Grupa II	Hiperfuncția progresivă a contractibilității miocardului cu apariția defectului energetic = faza de subcompensare	473	65,28 %
Grupa III	Epuizarea energetică a contractibilității miocardului = faza de subcompensare instabilă cu tendința de decompensare	51	7,14 %

Probabilitatea apariției complicațiilor cardiovasculare în grupa I este mică și nu necesită o pregătire perioperatorie specifică, costisitoare.

Frecvența complicațiilor cardiovasculare în grupul II este destul de mare și după indexul Detsky, recomandat de Asociația anesteziștilor americani, constituie 27 % și mai mult (la noi 29,71 %).

Pacienții din grupa III sunt funcțional inoperabili. Intervenția chirurgicală la acești bolnavi se poate efectua în condiții vitale, în mod de urgență și se prezintă ca element de reanimare.

Medicamentele folosite de noi în pregătirea perioperatorie a bolnavului cardiopat au fost dozele terapeutice standard de nitrați, beta/blocante, blocantele canalelor calciului, vasodilatatoare, cardioprotectoare, antioxidanți, sedative.

Beta/blocantele administrate cronic pot produce exagerarea efectelor miocardiodepresive ale anestezicilor, ceea ce impune abandonarea administrării cu 12 ore înainte de operație sau înlocuirea cu preparate cardioselective. În ceea ce privește terapia antiagregantă, majoritatea bolnavilor oncologici sunt de vârstă înaintată cu dereglări ale sistemului de coagulare cu tendință spre hipercoagulare și hemoconcentrație, ceea ce necesită administrarea obligatorie a heparinelor oligomoleculare.

Pregătirea nemijlocită către operație include administrarea preparatelor vagolitice, sedative și antihistaminice. Inducția și menținerea componentului hipnotic al anesteziei – în 61 % cazuri s-a folosit Diazepamul, iar în 39 % - Medazolamul. Anesteticul de bază – la toți pacienții s-a administrat Ketamină, în doze de 1,0 – 1,5 mg/kg masă corp, datorită faptului ca n-are acțiune depresivă asupra sistemului cardiovascular. Efectul analgezic a fost obținut prin administrarea de Fentanil în 98 % cazuri și numai la 2 % alte analgezice. Pentru relaxarea musculară la 92 % pacienți s-au administrat miorelaxante nedepolarizante, iar la 8 % bolnavi cu risc de intubație dificilă a traheei adăugător s-a administrat Succinilholină. Respirația asistată se menținea în regim de normoventilare, iar perioada postoperatorie cu trezire lentă și ventilație artificială prelungită în timp de 180 – 210 min. a fost efectuată la 100 % pacienți.

Monitoringul permanent perioperator – TA sistolică și diastolică, frecvența contracțiilor cardiace, pulsul, SpO<sub>2</sub>, SAB, cardiscopia, PVC, dinamica indicilor hemoglobinei, eritrocitelor hematocritului, timpul de colaborare Lee – White.

**Rezultate și discuții.** În toate cazurile analizate s-au observat evoluții pozitive ale perioadei perioperatorii. Cazuri de deces pe masa de operație în perioada postoperatorie nu au avut loc. Frecvența complicațiilor cardiovasculare în perioada perioperatorie este reprezentată în *tabelul 4*.

Tabelul 4

**Frecvența complicațiilor cardiovasculare în perioada perioperatorie**

Nr. total de pacienți	Complicații intraoperatorii				Complicații postoperatorii			
	Nr. total de complicații în timpul anesteziei generale		Complicațiile din partea sistemului cardiovascular		Nr. total de complicații în perioada postoperatorie		Complicațiile din partea sistemului cardiovascular	
Nr.	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
721	179	24,82	95	53,07	327	45,35	201	61,46

După structura nozologică complicațiile din partea sistemului cardiovascular cu evoluție pozitivă în perioada postoperatorie sunt prezentate în tabelul 5.

Tabelul 5

**Complicațiile din partea sistemului cardiovascular**

Forma nozologică nr. = 201 pacienți	Nr.	%
Hipertensiune arterială	58	29
Deregări de ritm	53	26,5
Insuficiență vasculară periferică	41	24,5
Deregări de conductibilitate	21	10,5
Insuficiență coronariană	17	8,3
Tromboza ramurilor mici ale arterei pulmonare	3	1,2

În baza rezultatelor obținute s-au stabilit factorii de risc, care pot provoca complicații perioperatorii cardiovasculare la bolnavii oncologici în regiunea capului și a gâtului:

- Cardiopatie ischemică cu ischemia miocardului până la 6 luni.
- Deregări de ritm și de conductibilitate.
- Insuficiență cardiovasculară III NIHA.
- Diabet zaharat tip. II, insulino–dependent cu angiopatia vaselor periferice și miocardice.
- Chimio – și radioterapia în perioada preoperatorie.
- Vârsta: mai mare de 70 de ani.

**Concluzii**

Apresiasi corectă a probabilității unei complicații și a gradului de risc permite a efectua o pregătire perioperatorie cu corecția disfuncțiilor, care agravează factorii de risc, cu plasarea bolnavului în grupa cu risc mai mic.

• Scăderea incidenței complicațiilor cardiovasculare la pacienții oncologici în regiunea capului și a gâtului este posibilă numai prin evaluarea corectă a tuturor factorilor de risc care pot să contribuie la apariția lor.

• Recunoașterea cardiopatiei și evaluarea repercusiunilor ei sunt elemente de importanță majoră pentru evoluția perioperației a bolnavului cardiac.

• Asistența perioperatorie la bolnavul cardiac supus intervenției chirurgicale noncardiace necesită evaluarea riscului operator de către chirurg, anesteziolog, cardiolog, endocrinolog etc.

• Alegerea metodei de anestezie cu influență minimă asupra organelor parenchimatoase, posibilitatea inducției rapide în anestezie și ieșirea lentă din această stare cu depresie minimală a sistemului cardiovascular permite micșorarea vădită a complicațiilor cardiace în perioada perioperatorie.

**Bibliografie selectivă**

1. Gh. Țibîrnă, *Ghid clinic de oncologie* – 2003, p. 155 – 268
2. Gh. Țibîrnă, *Starea actuală și problemele asistenței oncologice a bolnavilor cu tumori ale regiunii capului și gâtului*, 2005.
3. Gh. Țibîrnă, *Лечение местно-распространенного рака головы и шеи*, 1987, p. 24 – 40.
4. V. Cojocaru, D. Sofroni, A. Tica, S. Sofroni, *Conduita perioperatorie în condițiile riscului chirurgical anestezic avansat*, 2003.

5. Eagle K.A. et al. *CASS Investigations and university of Michigan Heart care Program. Cardiac risk of noncardiac surgery: influence of coronary disease and type of surgery in 3368 operations*, Circulation, 1997.

### Rezumat

Au fost analizate mecanismele fiziopatologice care determină riscul apariției complicațiilor cardiovasculare în perioada perioperatorie la pacienții cu tumori ale capului și gâtului cu asocierea patologiei sistemului cardiovascular. Sunt enumerate precauțiile obligatorii în apariția complicațiilor cardiovasculare în perioada perioperatorie.

### Summary

We analysed the pathological mechanisms which rise the frequency of cardiac complications during perioperative period at patients with high risk cardiovascular operated on head and neck. There are some mandatory precautions that should be taken in consideration.

## TERAPIA INFUZIONALĂ A PACIENȚILOR ONCOLOGICI CU HEMORAGII MASIVE DUPĂ INTERVENȚII CHIRURGICALE LĂRGITE ALE REGIUNII CAPULUI ȘI GÂTULUI

**Nicolae Pitserschi**, șeful secției anesteziologie, **Anatolie Soltan**, medic anesteziolog, **Viorel Cotelnic**, medic anesteziolog, **Alexandru Pitserschi**, medic rezident, Institutul Oncologic din Moldova

În prezent sunt folosite pe larg la pacienții cu neoplaști maligne metodele moderne de tratament combinat și complex. Cu toate acestea, cauzele principale de deces al pacienților oncologici continuă să rămână recidivele, progresarea procesului tumoral.

La etapa actuală de dezvoltare a chirurgiei, anesteziologiei și terapiei intensive, când clinicile oncologice sunt înzestrate cu echipament tehnic performant, concepțiile și tratamentul pacienților incurabili sunt revăzute. Chiar și în stadiile avansate, pentru a îmbunătăți calitatea vieții și a o prelungi se aplică tot mai des un tratament chirurgical destul de agresiv. Intervențiile chirurgicale de acest fel erau considerate mai înainte nerealizabile și incompatibile cu viața. Aceste operații sunt însoțite deseori de hemoragii masive, mult mai periculoase și greu de corectat, și de hemoragii masive profuze.

Schemele de restituire a volumului circulant sangvin (VCS) sunt foarte bine studiate și se aplică cu succes în clinicile chirurgicale. Dar nu toate pot fi aplicate nemijlocit în oncochirurgie. Pacienții oncologici cu tulburări hemostatice severe, condiționate de un proces avansat, deseori cu erupția tumorului și comprimarea organelor și țesuturilor vecine, cu intoxicație pronunțată, cu sindrom cronic CID și dereglări hematologice necesită o terapie infuzională strategic individuală.

**Materiale și metode.** Au fost analizate de către noi perioadele perioperatorii la 17 pacienți cu hemoragii masive profuze în volum de peste 1900 ml. Vârsta lor a fost de la 37 până la 71 de ani (16 bărbați și o femeie). Morfologic la toți bolnavii s-a verificat diagnosticul unei neoplaști maligne în stadiul IV. După formele nozologice, pacienții s-au repartizat în felul următor:

Tabelul 1

<i>Diagnosticul</i>	<i>Nr. total de pacienți</i>	<i>Hemoragii intraoperatorii</i>	<i>Hemoragii postoperatorii</i>
Cancer al laringelui	12	-	12
Cancer al glandei tiroide	1	1	-
Tumori maligne ale maxilarului superior	2	1	1
Hemangion al orofaringelui	1	1	-
Tumoare gigantică a regiunii cervicale posterioare	1	1	